CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 107 • 1re SESSION • 42e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mercredi 23 mai 2018

Président

M. Bill Casey

Comité permanent de la santé

Le mercredi 23 mai 2018

● (1615)

[*Traduction*]

Le président (M. Bill Casey (Cumberland—Colchester, Lib.)): La séance est ouverte.

Nous nous excusons de la confusion et du retard. Nous ferons de notre mieux pour que vous puissiez nous faire part de votre point de vue, mais je vous présente encore une fois mes excuses.

Nous avons à l'ordre du jour un article concernant les travaux du Comité. Nous le mettrons de côté pour le moment et passerons directement à l'audition des témoins.

Je vous souhaite la bienvenue à la 107e réunion du Comité permanent de la santé. Nous étudions les stratégies de lutte contre le diabète au Canada et à l'étranger.

Nous entendrons aujourd'hui des représentants de cinq organisations qui présenteront tous des exposés. Chaque organisation disposera de cinq minutes à cette fin.

De Diabète Canada, nous avons la Dre Jan Lux, présidente, et Kimberley Hanson, directrice des Affaires fédérales.

De la Fondation de la recherche sur le diabète juvénile Canada, nous avons Dave Prowten, président et chef de la direction, et Patrick Tohill, directeur des Relations gouvernementales.

De l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, nous avons Lucie Tremblay, présidente, et Joël Brodeur, directeur, Développement et soutien professionnel.

D'Action Diabète Canada, nous avons la Dre Catharine Whiteside, directrice générale.

De la Canadian Indigenous Nurses Association, nous avons Marilee Nowgesic, directrice exécutive, et Isabelle Wallace, conseillère en soins infirmiers aux Autochtones.

Bienvenue à tous. Nous vous remercions sincèrement d'avoir pris le temps de venir pour nous aider dans notre étude.

Nous commencerons par Diabète Canada avec cinq minutes pour présenter un exposé. Nous verrons comment iront les choses.

Dre Jan Hux (président, Diabète Canada): Bon après-midi. Je voudrais remercier le Comité de m'avoir donné l'occasion de comparaître aujourd'hui et d'avoir entrepris d'étudier l'importante question du diabète. Je voudrais remercier en particulier le caucus multipartite sur le diabète et sa présidente, Sonia Sidhu, pour leur dévouement à cette cause.

Au Canada, une personne sur trois est aujourd'hui diabétique ou prédiabétique. Dans certaines collectivités, ce taux grimpe jusqu'à 60 %. Les Canadiens dans la vingtaine ont maintenant une chance sur deux de devenir diabétiques pendant leur vie et, dans les collectivités des Premières Nations, le risque est de 80 %. Il y a aujourd'hui plus du double de Canadiens qui vivent avec le diabète qu'en 2000.

Le diabète est une maladie épidémique qui engendre des inégalités en santé, surtout dans le cas des aînés et des personnes originaires de l'Asie méridionale, de l'Asie et de l'Afrique. Ces inégalités sont encore plus frappantes dans les collectivités autochtones où les risques de diabète sont beaucoup plus élevés et où les effets du diabète sur la santé sont beaucoup plus graves.

Pourtant, ce n'est pas une maladie épidémique contre laquelle les Canadiens ou leurs gouvernements déploient des efforts concertés. Bien que l'OMS recommande que tous les pays aient une stratégie nationale de lutte contre le diabète, notre dernière stratégie est tombée à l'eau en 2013 lorsqu'un rapport du vérificateur général l'a vertement critiquée pour son inefficacité. Le diabète ne constitue pas une haute priorité dans notre pays. Il devrait absolument l'être.

Si nous maintenons le statu quo, les coûts directs pour notre système de santé dépasseront les 5 milliards de dollars par an d'ici une décennie. Et les coûts indirects atteindront trois fois ce chiffre. Les souffrances humaines que cela entraînera sont énormes, surtout pour les membres les plus vulnérables de notre société. Aujourd'hui même, 480 personnes s'ajouteront au nombre des diabétiques du pays, 6 personnes seront amputées d'un membre inférieur pour cause de diabète et notre système de santé consacrera 14 millions de dollars au traitement des diabétiques, dont quelques douzaines connaîtront une crise médicale — AVC, crise cardiaque, insuffisance rénale — nécessitant une hospitalisation. Beaucoup mourront même de complications dues au diabète.

Aussi dure que soit cette réalité, elle ne représente pas nécessairement ce que nous réserve l'avenir. La recherche et l'expérience acquise à l'échelle internationale montrent qu'une action concertée et ciblée peut inverser la tendance et nous permettre d'économiser de précieuses ressources en santé et d'améliorer des millions de vies.

Il est temps d'agir d'urgence. Ce n'est pas une épidémie que la détermination personnelle et la honte suffiraient pour affronter. Il ne sert à rien de blâmer et de stigmatiser les personnes atteintes de diabète de type 2, sans compter que c'est vraiment simpliste. Le diabète de type 2 est attribuable à un ensemble complexe de facteurs: gènes, mode de vie et facteurs environnementaux tels que la pauvreté, le manque de sécurité alimentaire, les aliments potentiellement nocifs et l'environnement matériel.

De plus, ce n'est pas un problème qu'on peut affronter efficacement sans efforts concertés. Si les provinces et les territoires travaillent indépendamment les uns des autres, ils ne pourront pas bénéficier des économies d'échelle et des échanges rapides de connaissances pouvant engendrer de profonds changements. Dans le passé, le Canada a profité d'initiatives ciblées telles que le Partenariat canadien contre le cancer et la Commission de la santé mentale du Canada pour élaborer et mettre en oeuvre des stratégies nationales. Même si le gouvernement fédéral ne peut pas résoudre seul un problème de cette importance, il peut jouer un rôle essentiel de leadership pour encourager et coordonner les efforts provinciaux, territoriaux et municipaux.

Pour inverser vraiment la tendance en matière de diabète, nous avons besoin d'une approche nationale pouvant aider tous les Canadiens à connaître leur risque de diabète, réduire les facteurs de risque individuels, favoriser des environnements plus sains et entraîner des résultats réalistes mesurables en santé.

En 2018, Diabète Canada prend justement l'initiative d'une telle approche. Kimberley Hanson, qui dirige les efforts déployés en ce sens, vous en dira davantage à ce sujet.

Mme Kimberley Hanson (directrice, Affaires fédérales, Relations gouvernementales et politiques publiques, Diabète Canada): Merci, Jan. Je suis très heureuse de comparaître devant le Comité.

Comme Jan l'a mentionné, Diabète Canada mise en 2018 sur un modèle auquel est attribuée une percée transformationnelle dans le traitement et la gestion du VIH/sida, envisageant de l'adapter pour s'attaquer au diabète au Canada. La mise en oeuvre de cette approche devrait entraîner, à terme, la création, au profit de tous les Canadiens, d'un environnement qui ne favorise pas le développement du diabète, permettre à 90 % des Canadiens de savoir s'ils risquent d'être atteints du diabète et donner à 90 % des diabétiques et des prédiabétiques la possibilité de participer à des interventions qui les aideraient à éviter le diabète et ses complications. En conséquence, 90 % de la population bénéficierait d'un meilleur état de santé.

Cela se traduirait par la prévention du diabète chez des millions de Canadiens qui risquent actuellement d'en être atteints. Des millions de diabétiques qui risquent de graves complications telles que la cécité, l'insuffisance rénale ou l'amputation verraient leur risque diminuer, ce qui assurerait d'importantes économies de temps et d'argent, qui pourraient alors servir plus efficacement dans notre système de santé.

S'ils sont mis en oeuvre partout dans le pays, les programmes éprouvés de prévention pourraient à eux seuls permettre au système des soins de santé d'économiser 1,24 milliard de dollars sur 10 ans. Des économies encore plus importantes peuvent être réalisées en aidant les diabétiques à éviter les complications grâce à une gestion plus efficace de leur maladie. Les économies réalisables sur les coûts humains sont incommensurables.

Pour développer la meilleure approche possible dans la lutte contre le diabète, Diabète Canada collabore avec plus de 120 experts — dont plusieurs sont ici aujourd'hui — représentant une centaine d'organisations du domaine de la santé, du gouvernement, du secteur privé et de l'éducation afin de formuler des recommandations sur les moyens auxquels le Canada peut recourir pour élaborer et mettre en oeuvre une nouvelle approche pouvant aboutir à des résultats concrets.

Toutefois, nous ne pouvons pas le faire seuls. Nous avons besoin du gouvernement fédéral comme partenaire de cette initiative. Nos équipes travaillent fort en vue de présenter une recommandation cet été dans le cadre du processus des consultations prébudgétaires du gouvernement. Je dirais, pour vous en donner une idée, qu'elle portera sur d'importantes initiatives telles que les suivantes.

Nous aborderons les inégalités en santé et l'insécurité alimentaire. Nous chercherons à promouvoir l'activité physique régulière pour tous les Canadiens. L'évaluation des risques de diabète et de complications se fera d'une manière plus uniforme selon les meilleures pratiques. On minimisera la stigmatisation liée au diabète et à ses causes. Le système de prestation des soins de santé sera adapté pour que chaque patient bénéficie des soins des professionnels les plus susceptibles de l'aider et que les ressources en santé soient utilisées d'une manière plus efficace. Le taux des complications sera réduit et le bien-être général des diabétiques sera amélioré.

● (1620)

Le président: Madame Hanson, je dois vous interrompre parce que votre temps de parole est dépassé. J'aimerais pouvoir entendre tous les témoins. Nous avons vos notes. Je vais maintenant donner la parole à la Fondation de la recherche sur le diabète juvénile pour cinq minutes.

M. Dave Prowten (président et chef de la direction, Fondation de la recherche sur le diabète juvénile Canada): Merci, monsieur le président et membres du Comité.

Je m'appelle Dave Prowten. Je suis président et chef de la direction de la FRDJ Canada. Je suis accompagné aujourd'hui de Patrick Tohill.

Je voudrais commencer par vous remercier d'avoir entrepris cette importante étude. Nous sommes particulièrement reconnaissants à Mme Sidhu à cet égard.

FRDJ Canada est l'une des principales organisations caritatives du monde qui s'occupe surtout de recherches destinées à prévenir, guérir et traiter le diabète de type 1, maladie autoimmune pouvant être fatale qui fait que le pancréas cesse de produire de l'insuline. Les personnes atteintes dépendent donc d'injections ou de perfusions quotidiennes d'insuline pour rester en vie.

Nous parlons de diabète de type 1 afin de le distinguer du diabète de type 2 dans lequel l'organisme continue à produire de l'insuline, mais n'est plus en mesure de l'utiliser adéquatement. Le diabète de type 1 portait auparavant le nom de diabète juvénile, mais aujourd'hui, 85 % des personnes atteintes sont adultes et 20 % le sont déjà lorsque leur diabète de type 1 est diagnostiqué.

Le diabète de type 1 affecte la vie 24 heures sur 24, 7 jours par semaine et 365 jours par an. C'est vraiment une maladie implacable. L'alimentation, l'activité physique et l'insuline doivent être soigneusement dosées afin de maintenir le taux de glycémie dans un intervalle donné, à défaut de quoi la personne atteinte peut souffrir de complications aussi coûteuses que dévastatrices.

Comme vous le savez sans doute, le Canada a un riche héritage d'innovation en recherche sur le diabète de type 1, allant de la découverte de l'insuline par Banting et Best au protocole d'Edmonton sur la transplantation d'îlots pancréatiques. La FRDJ est fière d'avoir récemment conclu un partenariat avec le gouvernement du Canada pour faire avancer cette recherche grâce à l'initiative FRDJ-IRSC de 30 millions de dollars pour la lutte contre le diabète. Nous tenons à exprimer nos remerciements les plus sincères pour ce soutien.

À l'étranger, nous notons que les États-Unis financent la recherche sur le diabète de type 1 au rythme de 150 millions de dollars américains par an. La contribution de l'Australie s'est élevée à 35 millions de dollars au cours des 5 dernières années et, le mois dernier encore, le gouvernement australien s'est engagé à verser 125 millions de dollars sur 9 ans.

Le diabète est une maladie très coûteuse pour les familles et les patients. L'Australie contribue au coût de gestion de la maladie en remboursant les dépenses consacrées aux seringues, aux bandelettes réactives et aux autres fournitures. Des glucomètres continus sont fournis aux enfants jusqu'à l'âge de 21 ans et des pompes à insuline, aux enfants des familles à faible revenu.

Israël rembourse aussi le prix des dispositifs dont les diabétiques ont besoin et fournit gratuitement l'insuline.

Au Canada, seuls l'Ontario, l'Alberta et les trois territoires fournissent des pompes à insuline à toutes les personnes qui en ont besoin. Dans les autres provinces, ces programmes cessent de subventionner les patients à 18, 19 ou 25 ans. En toute franchise, notre couverture des glucomètres continus est plus que médiocre, en dépit du fait que cette technologie s'est révélée efficace pour améliorer et faciliter les soins.

Au niveau fédéral, nous avons aujourd'hui à formuler cinq recommandations que vous voudrez bien, nous l'espérons, prendre en considération dans votre rapport.

Premièrement, nous proposons que le gouvernement collabore avec les organisations de lutte contre le diabète et d'autres intervenants pour élaborer, comme l'ont dit mes collègues de Diabète Canada, une stratégie nationale de lutte contre le diabète.

Deuxièmement, il faudrait établir un registre national du diabète dans lequel seraient inscrites toutes les personnes atteintes de diabète de type 1. Les registres de ce genre qui ont été créés en Australie, en Écosse, en Suède et aux États-Unis ont permis de mieux comprendre l'épidémiologie du diabète ainsi que l'efficacité et la valeur des interventions qui, en définitive, améliorent les résultats pour les patients et réduisent les coûts des soins de santé.

Troisièmement, nous souhaitons que soient réglés d'une façon permanente les problèmes qui ont empêché les personnes atteintes de diabète de type 1 de se prévaloir du crédit d'impôt pour personnes handicapées et du régime enregistré d'épargne-invalidité. Depuis que la ministre du Revenu national a annoncé en décembre que les demandes des diabétiques seraient réévaluées, nous avons reçu des remerciements de beaucoup de patients reconnaissants dont les demandes ont été approuvées après avoir été initialement rejetées.

La FRDJ est déterminée à travailler avec le gouvernement et le Comité consultatif nouvellement crée des personnes handicapées. Les personnes atteintes de diabète de type 1 sont maintenant admissibles puisque l'insuline a été reconnue comme moyen de traitement essentiel au maintien de la vie. À cet égard, nous recommandons l'adoption de trois changements clés. D'abord, il faut reconnaître que le calcul des hydrates de carbone fait partie intégrante du calcul des doses d'insuline. Ensuite, le nombre d'heures par semaine devrait être ramené de 14 à 10. Enfin, le REEI des personnes qui ont été admissibles au CIPH à un moment donné devrait être protégé pour que ces personnes n'aient pas à faire une restitution si elles ne sont plus admissibles au crédit d'impôt.

La quatrième recommandation porte sur l'annonce récemment faite par le gouvernement au sujet d'un programme national envisagé d'assurance-médicaments. Ce serait une occasion perdue si, à la veille du centenaire de la découverte de l'insuline au Canada, on n'ajoutait pas les différents types d'insuline à la liste des médicaments couverts.

Notre dernière recommandation — qui est la plus importante — est d'encourager le gouvernement à investir largement dans la recherche sur le traitement et la prévention du diabète. Nous ne sommes pas très loin de comprendre le mécanisme de cette maladie autoimmune. Pour parvenir à éradiquer le diabète de type 1, il est essentiel de mettre fin à l'attaque par le système immunitaire des cellules productrices d'insuline et de rétablir la capacité de production d'insuline. Imaginez un avenir dans lequel personne ne serait plus jamais atteint de diabète de type 1 après avoir reçu un vaccin élaboré au Canada. Cela est réalisable.

Pour terminer, je voudrais remercier le Comité de m'avoir donné l'occasion de prendre la parole. Nous serons heureux de répondre à toute question que vous pourriez avoir.

● (1625)

Le président: Cela fait 4 minutes et 57 secondes.

Des voix: Oh, oh!

M. Dave Prowten: Puis-je utiliser les trois secondes qui restent?

Le président: Elles sont déjà passées.

Nous passons maintenant à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

[*Français*]

Mme Lucie Tremblay (présidente, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec): Je voudrais vous remercier de nous donner l'occasion de vous parler aujourd'hui. Cette invitation du Comité permanent de la santé nous touche beaucoup.

Le diabète est évidemment un fléau invisible qui, comme l'ont dit mes collègues, affecte de nombreuses vies humaines.

L'ensemble des citoyens du Canada devraient avoir accès à des soins de qualité, sécuritaires, peu importe l'endroit où ils vivent. Nous, les infirmières, jouons un rôle très important auprès de ces patients, et ce, tout au long de leur vie. Que ce soit sur le plan de la promotion, de la prévention ou du suivi auprès de la clientèle, nous entretenons un lien étroit avec ce type de patient. Nous irons même jusqu'à faire de l'ajustement de traitement ou de l'enseignement personnalisé, selon les besoins spécifiques de chaque patient.

Les infirmières et les infirmiers du Québec ont 17 activités réservées et ils ont un des plus vastes champs d'exercice au Canada. Or, au Québec, en 2018, les soins communautaires, y compris les soins aux personnes vivant avec le diabète dans la communauté, sont enseignés seulement au niveau universitaire. Pourtant, contrairement à ce qui se passe dans l'ensemble des autres provinces canadiennes, l'Ordre des infirmières et infirmiers délivre des permis tant à des candidats de niveau collégial qu'à des candidats de niveau universitaire. Or une portion du champ d'exercice qui vise à traiter les gens vivant avec le diabète n'est pas enseignée lors de la formation initiale.

Comme l'ont dit mes collègues, il y a une hausse du nombre de cas de diabète. Les gens demeurent dans leur communauté, où les infirmières doivent intervenir pour répondre aux besoins de cette population vulnérable.

Que les infirmiers et les infirmières reçoivent une formation couvrant l'ensemble des soins liés à cette maladie est absolument essentiel. Vous comprendrez qu'il s'agit d'un constat qui nous préoccupe beaucoup. C'est la raison pour laquelle nous vous interpellons aujourd'hui. Nous aimerions que, dans votre réflexion ou dans votre plan d'action, vous formuliez une recommandation quant à la nécessité de requérir une formation initiale qui couvre l'ensemble des besoins de la population, notamment ceux de la population diabétique.

Je ne donnerai pas à nouveau toutes les statistiques que mes collègues ont mises en avant. Nous savons que, quand nous sommes capables d'intervenir rapidement, nous avons des résultats qui sont plus bénéfiques. En ce moment, dans ma province, 830 000 personnes vivent avec le diabète, et 250 000 d'entre elles ne le savent pas. Nous avons besoin d'utiliser le talent de chaque acteur du domaine de la santé pour pouvoir déterminer rapidement les problèmes de santé.

En fait, les infirmières et les infirmiers jouent un rôle important. Dans les recommandations qui seront mises en avant, il faudrait s'assurer d'utiliser l'ensemble de ce champ d'exercice, afin de mieux desservir la population. Quand cela est fait, il y a une diminution du taux de mortalité et du taux de morbidité. Quand un patient doit subir une amputation, c'est un échec des soins que nous avons donnés dans la communauté. Il faut donc intervenir rapidement pour éviter qu'il y ait des complications, puisqu'elles ont des conséquences non seulement sur la personne elle-même — la fibre infirmière en moi vibre toujours dans ces moments-là —, mais aussi sur la société toute entière, parce que ces gens ne peuvent pas contribuer autant que si nous avions été capables de les maintenir en meilleure santé.

Il y a des lacunes importantes dans les soins qui sont offerts aux personnes diabétiques. Entre autres, plusieurs personnes ne reçoivent pas l'enseignement nécessaire sur leur maladie. Là encore, les infirmiers et les infirmières peuvent jouer un rôle considérable si on leur donne l'occasion de le faire. En le faisant, on diminue un certain nombre de risques. Je pense que c'est votre comité qui avait mis en avant le fait que 49 % de la population vivant avec le diabète n'avaient pas eu d'examen des pieds. Pourtant, on sait que si on peut intervenir rapidement, on va pouvoir sauver des membres et des vies humaines. Plus on a de connaissances et plus on est en mesure d'intervenir rapidement, plus on peut prévenir les complications.

J'aimerais maintenant vous proposer des recommandations, très rapidement. Je vais essayer d'être aussi efficace que mon collègue et de faire ma présentation en moins de cinq minutes.

Évidemment, ce que nous voulons mettre en avant, c'est l'importance de la prévention, l'importance de la promotion de saines habitudes de vie, l'importance de l'enseignement sur le diabète et son autogestion ainsi que l'importance du maintien des personnes dans leur milieu de vie.

Tout cela demande qu'on utilise le plein champ d'exercice des infirmières. Pour y arriver, il faut notamment mettre en avant une stratégie importante et utiliser les infirmières en pratique avancée. Je pense notamment aux infirmières praticiennes spécialisées. Il faudrait aussi avoir recours à des infirmières expertes, des infirmières qui travaillent dans la communauté.

● (1630)

Au Québec, nous considérons qu'il est essentiel que l'ensemble des infirmières reçoivent de la formation sur la prise en charge des patients qui ont besoin de soins dans leur communauté, notamment ceux qui ont le diabète. Il faut offrir de la formation continue pour s'assurer que, tout au long de leur vie, les patients recevront les meilleurs soins possible.

Je vous remercie de votre attention.

[*Traduction*]

Le président: Vous avez un retard de 20 secondes, mais nous apprécions votre enthousiasme.

Mme Lucie Tremblay:

C'est plus long de parler en français.

Le président: Nous entendons le timbre d'appel au vote. J'ai besoin du consentement unanime pour que nous puissions entendre au moins deux autres organisations. Cela nous prendrait 10 minutes.

Ai-je le consentement unanime?

Des voix: D'accord.

Le président: Très bien, mais je vais limiter les interventions à cinq minutes. Comme nous entendons le timbre, nous devons aller voter. Si le Comité décide de revenir après le vote, nous pouvons le faire, mais il appartient au Comité de décider. Nous le ferons dans quelques instants.

Nous entendrons maintenant la Dre Whiteside, d'Action Diabète Canada.

Dre Catharine Whiteside (directrice générale, Action diabète Canada): Je remercie le Comité ainsi que Mme Sidhu.

Action Diabète Canada est un réseau de recherche stratégique axé sur les patients qui s'occupe de maladies chroniques grâce à un financement provenant des IRSC ainsi que de commanditaires des secteurs public et privé, dont Diabète Canada et la FRDJ.

Notre mission consiste à développer des innovations fondées sur les patients et la recherche afin de favoriser les systèmes de santé équitables et les politiques conçues pour prévenir le diabète et ses complications.

Je voudrais vous faire part aujourd'hui de certains faits. Les témoins qui m'ont précédée vous ont déjà fourni d'importants renseignements. Je vais donc m'en tenir à l'essentiel. Le diabète est la principale cause de cécité chez les Canadiens en âge de travailler, la principale cause d'amputation de membres inférieurs, la principale cause d'insuffisance rénale et le principal risque de crise cardiaque et d'AVC. C'est une maladie débilitante qui nécessite des efforts constants de gestion de la part des personnes atteintes et l'accès à des soins adéquats au bon moment.

Le diabète touche le plus souvent des populations vulnérables en fonction de certains déterminants de la santé. Quelques-uns ne sont pas modifiables, comme l'origine ethnique et l'âge. Vous savez déjà que le diabète menace particulièrement les personnes originaires d'Asie, d'Asie méridionale et d'Afrique. Chez nos Autochtones, le risque de diabète est de trois à cinq fois plus élevé que chez les Canadiens non autochtones, et leur risque de complications est encore plus élevé.

Toutefois, de nombreux déterminants sont modifiables, comme les conditions sociales et environnementales, surtout parmi les peuples autochtones. Les Canadiens des tranches de revenu les moins élevées ont un risque de quatre fois supérieurs à celui des personnes à revenu élevé. Les travailleurs canadiens des tranches de revenu les moins élevées qui n'ont pas accès à un régime d'assurance-médicaments doivent choisir entre payer leur loyer et leur nourriture ou acheter les médicaments nécessaires pour traiter leur diabète et d'autres facteurs de risque. Les aînés diabétiques souffrent habituellement de beaucoup d'autres maladies chroniques. Ils sont plus susceptibles que les autres d'être hospitalisés dans des établissements de soins aigus et de soins de longue durée, ce qui pourrait être évité si on améliorait les options de traitement communautaire adaptées à leurs besoins complexes.

Nous connaissons ces faits. Pourquoi alors ne nous attaquons-nous pas aux vulnérabilités et n'accordons-nous pas la priorité à la promotion de la santé et à la prévention du diabète au Canada? Il n'est pas facile de répondre à cette question car, pour concevoir et mettre en oeuvre de bonnes stratégies, nous devons agir sur les déterminants sociaux et environnementaux qui favorisent des modes de vie sains et permettent de surmonter les inégalités. L'accès à des aliments abordables et sains ainsi que le soutien communautaire à l'amélioration de l'activité physique ne sont pas à la portée du système de soins de santé. Ils nécessitent des changements majeurs faisant appel à une action concertée des différents ordres de gouvernement, du système d'éducation, des services sociaux et du secteur privé pour prévenir le diabète.

De plus, il faudrait apporter d'urgence des changements à notre système de soins de santé pour améliorer les résultats au cours de la prochaine décennie. Ces changements doivent être conçus pour répondre aux besoins des gens qui sont actuellement atteints de diabète.

En 2015, nos chercheurs ont mené une enquête nationale auprès des personnes atteintes de diabète dans l'ensemble de la population. L'enquête a révélé que les gens craignent la cécité, l'amputation et l'insuffisance rénale et, dans le cas de ceux qui sont traités à l'insuline, l'hypoglycémie pouvant entraîner la mort.

Maintenant qu'Action Diabète Canada a des liens étroits avec des partenaires autochtones, nous savons qu'ils s'inquiètent beaucoup des taux élevés de diabète parmi leurs jeunes. Ils ont tous dit qu'ils n'ont pas accès à des soins adéquats au bon moment. Ils s'attendent à de meilleures communications avec des équipes de professionnels de la santé qui comprennent bien leurs besoins. Ils aspirent aussi à un meilleur soutien communautaire ainsi qu'à des ressources gouvernementales pouvant leur permettre de mieux gérer eux-mêmes leur diabète.

Dans le monde, on trouve les meilleurs résultats en matière de diabète dans les pays qui ont établi des systèmes numériques de suivi en santé à l'échelle régionale. En Suède, un registre national du diabète permet de suivre l'information sur la santé de toute la population des diabétiques. C'est ainsi que la Suède a obtenu les meilleurs résultats du monde à cet égard à un coût nettement inférieur à ce que le Canada dépense par habitant. Par conséquent, une stratégie nationale du diabète doit comprendre une gestion normalisée du rendement permettant de suivre l'état de santé des patients dans les collectivités. Il est ainsi possible d'améliorer constamment le système en se fondant sur des données probantes.

● (1635)

Bref, le Canada a depuis trop longtemps besoin d'une stratégie efficace de lutte contre le diabète pouvant guider la mise en oeuvre des changements nécessaires du système de santé et des politiques correspondantes. À Action Diabète Canada, nous sommes prêts à collaborer avec tous nos collègues ainsi qu'avec vous pour élaborer cette stratégie.

Je vous remercie.

Le président: Merci beaucoup.

C'est maintenant au tour de la Canadian Indigenous Nurses Association.

Mme Marilee Nowgesic (directrice exécutive, Canadian Indigenous Nurses Association): Merci beaucoup. Je m'appelle Marilee Nowgesic. Je suis la directrice exécutive de la Canadian Indigenous Nurses Association, ou CINA. Je suis accompagnée de ma collègue Isabelle Wallace, qui est l'une des infirmières autorisées sur lesquelles nous comptons un peu partout dans le pays à cause de leur compétence.

Je voudrais noter tout de suite que nous sommes actuellement réunis en territoire algonquin non cédé. Je voudrais aussi témoigner mon respect pour les propriétaires traditionnels des terres sur lesquelles nous travaillons, et particulièrement pour mes ancêtres et mes aînés qui m'ont guidée dans le voyage que j'ai fait jusqu'ici aujourd'hui. Je tiens aussi à reconnaître les autres gardiens du savoir ici présents, qui ont présenté des observations fondées sur leur compétence et leur expérience.

Je vais omettre une grande partie de mes notes pour abréger cet exposé. Je voudrais cependant noter une erreur dans le texte. J'aimerais bien pouvoir dire que 97 000 infirmières autochtones travaillent au Canada, mais il faudrait supprimer un zéro parce qu'il n'y en a que 9 700.

En 2018, nous avons étendu les partenariats authentiques que nous avions établis avec des intervenants extérieurs d'optique commune. Nous continuons à travailler de concert avec notre direction nationale autochtone: l'Assemblée des Premières Nations, l'Inuit Tapiriit Kanatami et d'autres, comme l'Association des gestionnaires en santé des Premières Nations et l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières. Chacun de ces partenaires a pris l'engagement de faire progresser les sciences infirmières autochtones.

Le mode de vie des 50 dernières années a eu de grandes incidences, parfois graves, sur la santé des peuples autochtones. Nos aînés ont exprimé leur tristesse parce que le diabète tue nos gens. Oui, cette maladie est implacable.

Nous croyons que le gouvernement a constamment l'occasion d'appuyer la demande que nous adressons aux députés de travailler dans leurs caucus respectifs afin d'inciter le gouvernement à offrir du financement pour étudier l'opportunité d'établir des stratégies de lutte contre le diabète chez les peuples autochtones grâce à des modèles de guérison fondés sur les connaissances autochtones, comme les quatre points cardinaux. Cela devrait comprendre un financement renouvelable et une évaluation des résultats qui feraient l'objet d'une entente mutuelle entre le gouvernement fédéral et les associations nationales des professionnels de la santé autochtones.

La plupart du temps, les infirmières autochtones sont les principales dispensatrices de soins primaires au niveau communautaire. C'est grâce à leurs grands efforts qu'il sera possible d'apporter des changements fondamentaux à la conception, à l'élaboration et à la mise en oeuvre des services de santé pour qu'ils répondent mieux aux besoins des collectivités. Ce sont elles qui utiliseront tous les moyens à leur disposition pour assurer la sécurité alimentaire, gérer l'administration des médicaments et donner aux habitants de ces collectivités l'information nécessaire pour prendre des décisions éclairées au sujet de leur maladie.

L'investissement dans des stratégies de lutte contre le diabète dont la mise en oeuvre serait confiée à des organisations autochtones régionales et nationales permettra de combler les inégalités en santé entre les groupes autochtones et non autochtones. Même s'il existe actuellement plusieurs pratiques prometteuses, elles ne sont appliquées que dans des circonstances particulières. Il est nécessaire d'en étendre l'utilisation pour qu'un plus grand nombre de collectivités puissent en profiter.

Les connaissances et les pratiques de guérison autochtones doivent être intégrées dans le cadre de prestation des services et la gestion de maladies chroniques telles que le diabète, la récupération après un accident vasculaire cérébral et les soins de fin de vie. Le soutien de programmes visant tous les aspects du continuum des soins et l'état de santé général des peuples autochtones imposera de mettre en place des partenariats avec d'autres intervenants du domaine de la santé, comme les nouvelles relations de travail entre la CINA et Diabète Canada en vue de l'élaboration de la stratégie Diabète 360.

Nous tenons aussi à noter que les collectivités et les organisations de soins de santé reconnaissent l'inégalité du financement en ce qui concerne la couverture, les pratiques normalisées et les besoins de soins.

Parmi les exemples de cette inégalité, on peut citer le Programme des services de santé non assurés, programme national beaucoup trop rigide qui est appliqué d'une façon inégale dans les différentes régions du Canada.

La situation se complique davantage lorsqu'on tient compte du coût croissant des médicaments d'ordonnance. D'après un récent rapport de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers intitulé « Comptons les corps: le coût humain des obstacles financiers aux médicaments prescrits », 57 % des Canadiens diabétiques ont déclaré qu'ils ne se conforment pas à la thérapie prescrite à cause du coût trop élevé des médicaments, des dispositifs et des fournitures. C'est ce qu'on appelle le « non-respect lié au coût ».

L'établissement de centres de santé autochtones dans les agglomérations urbaines améliorerait l'accès à des soins de qualité dispensés dans un milieu culturellement adapté. Ces centres pourraient offrir aux responsables provinciaux de la santé la formation et les ressources nécessaires pour améliorer la prestation de services sûrs et culturellement adaptés.

Nous croyons qu'il vaut la peine d'insister sur cette question. Nous invitons donc le gouvernement à encourager Services aux Autochtones Canada à établir, de concert avec les gouvernements provinciaux, des centres de santé autochtones dans les agglomérations urbaines ayant une importante population autochtone.

Je cède maintenant la parole à Isabelle Wallace.

● (1640)

Mme Isabelle Wallace (conseillère en soins infirmiers aux Autochtones, Canadian Indigenous Nurses Association): Enfin, je dirai en bref que la CINA s'est occupée de l'élaboration de programmes et de politiques qui favoriseront le recrutement et le maintien en fonction d'infirmières autochtones. Nous avons établi un cadre coopératif de mentorat pour appuyer les étudiantes en sciences infirmières et collaborons avec l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières pour mettre en oeuvre un programme de mentorat dans les écoles d'infirmières du Canada.

La prévention du diabète prendra une nouvelle orientation une fois que le savoir autochtone aura été mobilisé. Nos ressources en sciences infirmières et la formation en sécurité culturelle donnée aux infirmières nouvellement affectées dans le Nord font actuellement l'objet d'un examen destiné à les modifier en fonction des environnements changeants dans lesquelles nous nous retrouvons. Toutefois, cela ne suffit pas. Ces initiatives ne font que commencer à combler les lacunes et à affronter les obstacles et les défis liés au recrutement et au maintien en fonction des professionnels de la santé autochtones.

La CINA continuera à demander au gouvernement fédéral d'augmenter les fonds affectés à la formation et au perfectionnement, particulièrement dans le cas des infirmières autochtones qui sont en première ligne dans les collectivités. Nous envisageons de réserver ces fonds à la formation, aux initiatives communautaires, au perfectionnement professionnel et à la promotion de la sécurité culturelle parmi tous les professionnels de la santé.

Mme Marilee Nowgesic: Nous nous en tiendrons à cela. Vous avez en main notre document.

Je vous remercie pour le temps que vous nous avez accordé. Nous sommes maintenant prêtes à répondre à vos questions.

Le président: Je suis vraiment désolé. Le timbre retentit. Il nous reste 17 minutes pour nous rendre à la Chambre, prendre nos sièges et voter. Nous n'aurons donc pas la possibilité de poser des questions. C'est vraiment dommage parce que vous avez tant de renseignements à nous communiquer. Vous êtes tous des gardiens du savoir, et vous êtes tous animés d'une véritable passion. Je regrette tellement la situation présente.

Nous devons mettre fin à la réunion maintenant que vous avez présenté vos exposés préliminaires. Nous les avons. Nous apprécions votre contribution et tout le travail que vous y avez consacré.

Au nom du Comité, je tiens à vous en remercier. Je m'excuse encore, mais c'est ainsi que fonctionne notre Parlement.

● (1645)

Mme Marilee Nowgesic: Merci beaucoup.

Le président: Vous nous avez donné beaucoup de renseignements. Je suis sûr que chacun des membres du Comité a une bonne idée de ce que vous essayez de faire. Vous avez présenté un message très clair et très cohérent.

Merci beaucoup.

La séance est levée.

Publié en conformité de l'autorité
du Président de la Chambre des communes

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur.* Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur.*

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

Aussi disponible sur le site Web de la Chambre des communes
à l'adresse suivante : http://www.noscommunes.ca

Published under the authority of the Speaker of
the House of Commons

SPEAKER'S PERMISSION

The proceedings of the House of Commons and its Committees are hereby made available to provide greater public access. The parliamentary privilege of the House of Commons to control the publication and broadcast of the proceedings of the House of Commons and its Committees is nonetheless reserved. All copyrights therein are also reserved.

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its Committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the *Copyright Act.* Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a Committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the *Copyright Act.*

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its Committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

Also available on the House of Commons website at the
following address: http://www.ourcommons.ca